



**PAUL A. BRANNEN, DMD, LLC**  
— Dentista General que provee servicios de Cirugía Oral —

\_\_\_\_\_ (oficina) 971.801.3394 (cell) 503.339.9568 (fax) extrationpractice@gmail.com  
www.OregonWisdomTeeth.com

## **INSTRUCCIONES PREOPERATIVAS PARA LA CIRUGÍA DENTAL**

**\*\* INFORMACIÓN MUY IMPORTANTE: POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE \*\***

**\*\* COMPLETE ADJUNTO "FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO" \*\*  
& REGRESE A SU DENTISTA ANTES DE LA CIRUGÍA**

1. Si tiene alguna duda o pregunta acerca de la cirugía, comuníquese con el Dr. Brannen al 971.801.3394 o por correo electrónico a paul@drbrannen.com.
2. Revisaré su historial médico con usted inmediatamente antes de la cirugía. Asegúrese de estar familiarizado con esa información, especialmente con el nombre (s) y la (s) dosis (s) de cualquier medicamento que esté tomando. Si cree que su historial es relativamente complicado, tendremos que decidir si es necesario consultar a su médico antes de realizar el procedimiento.
3. Los pacientes que son menores de edad (menores de 18 años) deben tener un tutor legal presente para llenar el "Formulario de Actualización de Historial Médico" y para firmar el "Formulario de Divulgación y Consentimiento".
4. Es importante evitar fumar durante al menos una semana antes de la cirugía y una semana después de la cirugía.
5. Tenga en cuenta que es mejor permitir cierta flexibilidad en el horario de su cita el día de su cirugía. Lo mejor es no "apretar" una cita para una cirugía en un día ya ocupado.

### **Si está teniendo sedación consciente por vía intravenosa (IV):**

1. Para reducir las posibilidades de náuseas, no coma ni beba nada (ni siquiera agua) durante al menos seis horas antes de su cita.
  - Si su cirugía es por la mañana, no coma ni beba nada entre la hora de acostarse y su cita programada.
  - Si su cirugía es por la tarde, se recomienda un desayuno ligero antes de las 7:00 a.m.
  - A menos que su dentista lo especifique, todos los medicamentos que se tomen de forma rutinaria deben continuarse sin interrupción. Por favor trague con una cantidad mínima de agua.
2. **Un adulto responsable, mayor de 18 años de edad, debe acompañarlo a la oficina y debe permanecer en la oficina durante todo el procedimiento. Después de la sedación, este adulto responsable debe ser físicamente capaz de asistirlo y acompañarlo a su casa y debe permanecer con usted durante las próximas 24 horas.**
3. Si recibe sedación intravenosa, debe usar ropa que no esté restringida al cuello ni a los brazos. Debe usar blusas holgadas en las que se puedan enrollar las mangas hasta el hombro. Además, asegúrese de usar zapatos que estén bien ajustados; no chanclas o sandalias holgadas, por favor.
4. Después de la sedación, debe abstenerse de conducir un automóvil o participar en cualquier actividad que requiera estar alerta durante las próximas 24 horas.
5. Existen diferencias importantes entre la anestesia general (estar completamente dormido) y la sedación consciente IV. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de sedación consciente IV, no dude en comunicarse con el Dr. Brannen al 971.801.3394 antes del procedimiento.

**NOTA: Se puede encontrar información preoperatoria adicional en [www.drbrannen.com](http://www.drbrannen.com). Le recomiendo que obtenga una vista previa del "Formulario de divulgación y consentimiento" en el sitio web,**



**PAUL A. BRANNEN, DMD, LLC**  
**— Dentista General que provee servicios de Cirugía Oral —**

\_\_\_\_\_ (oficina) 971.801.3394 (cell) 503.339.9568 (fax) extrationpractice@gmail.com  
 www.OregonWisdomTeeth.com

**FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA MÉDICA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Nombre del dentista \_\_\_\_\_  
 Último Primero Medio

Seguridad Social # \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Si está completando este formulario para otra persona, ¿cuál es su relación con esa persona? \_\_\_\_\_

**Para las siguientes preguntas, circule sí o no, lo que corresponda. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se considerarán confidenciales. Tenga en cuenta que durante su visita inicial, se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario, y puede que haya preguntas adicionales sobre su salud.**

f

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. ¿Estás en buen estado de salud? ..... Sí No</p> <p>2. ¿Ha habido algún cambio en su general salud en el último año? ..... Sí No</p> <p>3. Mi último examen físico estaba en _____</p> <p>4. ¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico?..... Sí No<br/>Si es así, ¿para qué condición? _____</p> <p>5. El nombre y la dirección de su médico es:<br/>_____<br/>_____</p> <p>6. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? .... Sí No</p> <p>7. ¿Está tomando alguna medicina (s), incluyendo medicamentos sin receta? ..... Sí No<br/>Si es así, ¿qué medicamentos está tomando? _____</p> <p>8. ¿Alguna vez has tomado Aredia, Zometa, Fosamax, Actonel o Boniva? ..... Sí No</p> <p>9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes enfermedades o problemas?<br/>a. Válvulas cardíacas dañadas o artificiales, corazón soplo, o enfermedad cardíaca reumática..... Sí No<br/>b. Enfermedad cardiovascular, angina, corazón ataque, problemas del corazón, apoplejía .... Sí No<br/>c. Osteoporosis..... Sí No<br/>d. Cáncer que requiere quimioterapia intravenosa ....Sí No<br/>e. Asma o fiebre del heno..... Sí No<br/>f. Desmayos o convulsiones ..... Sí No<br/>g. Diabetes..... Sí No</p> | <p>h. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.... Sí No</p> <p>i. SIDA o infección por VIH..... Sí No</p> <p>j. Problemas tiroideos..... Sí No</p> <p>k. Problemas respiratorios, bronquitis, etc. Sí No</p> <p>l. Úlcera estomacal o hiperacidez..... Sí No</p> <p>m. Problemas renales ..... Sí No</p> <p>n. Presión arterial alta o baja..... Sí No</p> <p>o. Enfermedad de transmisión sexual..... Sí No</p> <p>p. Epilepsia/otra enfermedad neurológica.. Sí No</p> <p>q. Problemas con el bazo ..... Sí No</p> <p>r. Apnea del sueño ..... Sí No</p> <p>10. ¿Ha tenido sangrado anormal? ..... Sí No<br/>¿O requirió una transfusión de sangre? ..... Sí No</p> <p>11. ¿Tienes algún trastorno de la sangre como anemia?..... Sí No</p> <p>12. ¿Ha sido tratado por un tumor? ..... Sí No</p> <p>13. ¿Eres alérgico o has tenido una reacción a:<br/>a. Anestesia local ..... Sí No<br/>b. Penicilina u otros antibióticos ..... Sí No<br/>c. Drogas sulfa ..... Sí No<br/>d. Barbitúricos, sedantes, somníferos..... Sí No<br/>e. Aspirina..... Sí No<br/>f. Yodo ..... Sí No<br/>g. Codeína u otros narcóticos ..... Sí No<br/>h. Otro _____</p> <p><b>Mujer</b></p> <p>14. ¿Estas embarazada?..... Sí No</p> <p>15. ¿Tienes algún problema menstrual? ..... Sí No</p> <p>16. ¿Estás amamantando?..... Sí No</p> <p>17. ¿Estás tomando pastillas anticonceptivas?.. Sí No</p> |
|--|--|

Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hay, acerca de las consultas expuestas anteriormente han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario. Si su historial médico es complejo o si cree que desea proporcionarnos información adicional, sería útil para nosotros si utilizara el reverso de este formulario para escribir una descripción cronológica de su historial médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Dr. Paul A. Brannen

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o tutor del paciente)

**\*\* DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETADO A SU DENTISTA ANTES DE LA CIRUGÍA \*\***



PAUL A. BRANNEN, DMD, LLC
EXTRACTION RECORD

Patient Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Procedure to be completed in the office of \_\_\_\_\_ Pt Email \_\_\_\_\_

Teeth to be Extracted: #'s \_\_\_\_\_ Fee \$ \_\_\_\_\_ A/F \$ \_\_\_\_\_ S/F \$ \_\_\_\_\_

CC " \_\_\_\_\_ " Pt Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Post-Op Ride \_\_\_\_\_ Post-Op Ride's # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Radiograph(s):  Pano  PA  Other \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Exam/Consult:  Y  N Assistants \_\_\_\_\_

Findings/Diagnosis:

- Impacted/Malposed # \_\_\_\_\_ Caries/Non-restor # \_\_\_\_\_ RCT declined # \_\_\_\_\_
Recur Pericoronitis# \_\_\_\_\_ Periodontal Disease # \_\_\_\_\_ Pre-prosthetic # \_\_\_\_\_
Sympt/Asympt # \_\_\_\_\_ Irrever/Necro/Prev RCT # \_\_\_\_\_ Other # \_\_\_\_\_

ASA: I II III Mallampati: I II III IV BMI \_\_\_\_\_

Informed Consent/PARQ:

Obtained both written and verbal, patient and/or legal guardian had opportunity to ask questions

Pre-Operative Medication \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_/\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ bpm

Medical Hx:  See Medical History Form  See Sedation Record  NKDA  Allergies \_\_\_\_\_

Local Anesthesia:  2% Lido w/ 1:100k epi, \_\_\_\_\_ carts  0.5% Marc w/ 1:200k epi, \_\_\_\_\_ carts

4% Septo w/ 1:100k epi, \_\_\_\_\_ carts  3% Carbo, \_\_\_\_\_ carts  Other \_\_\_\_\_

Procedure:

Non-surgical EXT # \_\_\_\_\_

BB and throat barrier placed; tissue released; elevator & forcep removal whole; curette granulation tissue prn; profuse irrigation w/ 0.9% NaCl solution; damp gauze placed for hemostasis

Surgical EXT # \_\_\_\_\_ Justification \_\_\_\_\_

BB and throat barrier placed; FTMPF; peripheral ostectomy; tooth sectioned w/ HP under copious irrigation, tooth removed w/ elevator and forceps; bone file and/or Rongeur used prn; curette granulation tissue prn; profuse irrigation w/ 0.9% NaCl; damp gauze placed for hemostasis  \_\_\_\_\_ Suture(s) placed: Gut; Vicryl; Silk; PTFE

Ridge Pres/Bone Graft # \_\_\_\_\_ Justification \_\_\_\_\_

Foundation trimmed and placed; \_\_\_\_\_ Suture(s): Gut; Vicryl; Silk; PTFE  Allooss (50/50 cort/canc; cancellous; cortical) mixed w/ 0.9% NaCl and placed in socket/defect, RCM6 collagen membrane trimmed and positioned under tissue flap; \_\_\_\_\_ Suture(s): Gut; Vicryl; Silk; PTFE  Other \_\_\_\_\_

Maxillary 3rd molars # \_\_\_\_\_

- BB and throat barrier placed Tooth removed whole w/ elevator and forcep
No incision Follicular tissue removed
FTMPF Bone file/Rongeur used to smooth bone
DB incision w/ M vertical release Curette granulation tissue prn
DB incision intrasulcular to 1st molar Profuse irrigation w/ 0.9% NaCl
Peripheral ostectomy to fully uncover tooth Damp gauze place for hemostasis
DB, B, MB, trough \_\_\_\_\_ Suture(s) placed: Gut; Vicryl; Silk; PTFE
Tooth removed in pieces w/ elevator and forcep

Mandibular 3rd molars # \_\_\_\_\_

- BB and throat barrier placed Tooth removed in pieces w/ elevator and forcep
No incision Tooth removed whole w/ elevator and forcep
FTMPF Follicular tissue removed
DB incision w/ M vertical release Bone file/Rongeur used to smooth bone
DB incision intrasulcular to 1st molar Curette granulation tissue prn
Peripheral ostectomy to fully uncover tooth Profuse irrigation w/ 0.9% NaCl
DB, B, MB, trough Damp gauze place for hemostasis
Incomplete B/L section w/ HP, completed w/ elevator \_\_\_\_\_ Suture(s) placed: Gut; Vicryl; Silk; PTFE

Post-Operative Instructions: Both written and verbal given to patient and/or legal guardian and escort. Extra gauze and Monoject syringe provided. Release signed by escort.

Rx:  Pen VK 500mg x 20  Clindamycin 150gm x 20  Peridex rinse 4oz x 1  Norco 5/325mg x 6
 Ibuprofen 600mg x 30  Other \_\_\_\_\_

Other Pertinent Notes \_\_\_\_\_

Doctor's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**POST-OPERATIVE RECORD**

- Post-Op Call/Text Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_       Pt did not answer. Left Message/Unable to leave message
- Patient reports they are doing well with swelling and pain within normal limits for treatment completed; answered all questions.
- Reinforced post-op instructions (i.e., diet, activity, medication instructions, contact info, etc.)
- Pain Scale (*circle*) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Notes:

---



---



---



---



---

Doctor's Signature \_\_\_\_\_

Additional Notes:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Drug Log Recorded   | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Posted for Payment  | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Comment Card Sent   | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> 1 Week Post-Op Call | ___/___/___ |

Doctor's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**PAUL A. BRANNEN, DMD, LLC**  
 — General Dentist Providing Oral Surgery Services —

\_\_\_\_\_ (ofc) 971.801.3394 (cell) 503.339.9568 (fax) extrationpractice@gmail.com  
 www.OregonWisdomTeeth.com

**MODERATE SEDATION RECORD**

Date Name	Pre-op Vitals		BP	HR	SpO <sub>2</sub>	RR
	Age	Gender M F	Weight lbs.	Height	BMI	Mallampati
Medical History	NPO				NIBP	L R
Medications	Solids	Hours	Clear Liquids	Hours	Pulse Oximeter	Precordial
Drug Allergies	Procedure(s):				ECG	EtCO <sub>2</sub>
	Operator:			Assistants:		
	Start	Finish	Premedication	IV	20G	22G
	ANES				R	L
	SURG				Site	

TIME													Used	Wasted	
Oxygen (LPM)															
Nitrous Oxide (LPM)															
Midazolam (mg)															
Diazepam (mg)															
Fentanyl (mcg)															
Meperidine (mg)															
Hydromorphone (mg)															
Sufentanil (mcg)															
Ketorolac (mg)															
Dexamethasone (mg)															
NS (mL)															
0.5% bupivacaine 1:200K epi (mg)															---
2% lidocaine 1:100K epi (mg)															---
4% articaine 1:100K epi (mg)															---
Response to Verbal Stimuli															
SpO <sub>2</sub>															
Respiratory Rate															
EtCO <sub>2</sub> Present															
ECG Pattern															

Discharged to:															
BP															
HR	150														
SpO <sub>2</sub>	100														
RR															
<input type="checkbox"/> Q x 3															
<input type="checkbox"/> Awake	50														
<input type="checkbox"/> Alert															
<input type="checkbox"/> Ambulatory															

Comments \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Operator Signature: \_\_\_\_\_ Anesth. Monitor Signature: \_\_\_\_\_



# PAUL A. BRANNEN, DMD, LLC

— Dentista General que provee servicios de Cirugía Oral —

(oficina) 971.801.3394 (cell) 503.339.9568 (fax) [extrationpractice@gmail.com](mailto:extrationpractice@gmail.com)

[www.OregonWisdomTeeth.com](http://www.OregonWisdomTeeth.com)

## **DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO - CIRUGÍA DENTAL Y ORAL**

**AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y sobre los procedimientos quirúrgicos, médicos o de diagnóstico recomendados para que pueda tomar la decisión de someterse o no al procedimiento después de conocer el procedimiento. Riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no pretende asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo para informarle mejor para que pueda dar o negar su consentimiento al procedimiento.**

Solicito voluntariamente a Paul A. Brannen, DMD, LLC y a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que consideren necesarios, para tratar mi afección que se me ha explicado como:

*Dientes no recuperables, periodontalmente involucrados y / o impactados* \_\_\_\_\_

Entendemos (entendemos) que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos están programados para mí (nosotros), y voluntariamente (nosotros) aceptamos y autorizamos estos procedimientos bajo anestesia local complementaria por:  Óxido nitroso  Sedación IV  Sedación oral  Anestesia local

*Extracción quirúrgica de los dientes* \_\_\_\_\_

Yo (nosotros) entendemos que mi médico puede descubrir otras condiciones o condiciones diferentes que requieren procedimientos adicionales o diferentes a los planificados. Yo (nosotros) autorizamos a mi médico y a dichos asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica a realizar otros procedimientos que sean convenientes según su criterio profesional.

Entendemos (no) que no se me ha otorgado ninguna garantía con respecto al resultado o la cura. Me (nos) han dado instrucciones orales y escritas después de la operación, y estoy de acuerdo en contactar personalmente con el Dr. Brannen en el caso de que (nosotros) tengamos un problema. Seguiré sus instrucciones hasta que el problema se haya resuelto satisfactoriamente. Yo (nosotros) nos damos cuenta de que, en caso de que yo (nosotros) desarrollemos ciertas complicaciones, podríamos faltar a la escuela o al trabajo o incurrir en gastos adicionales e inesperados, incluidos, entre otros, gastos de otros dentistas, médicos, o instalaciones médicas.

Yo (nosotros) entendemos que el Dr. Brannen no está empleado por mi dentista, pero es un contratista independiente y recibiré una parte de la tarifa pagada a mi dentista por estos servicios. Yo (nosotros) hemos elegido al Dr. Brannen de las alternativas que (nos) han ofrecido para realizar mi cirugía dental. Yo (nosotros) entendemos que el Dr. Brannen es un dentista general.

Al igual que puede haber riesgos y peligros al continuar mi condición actual sin tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con el desempeño de los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos planeados para mí. Yo (nosotros) nos damos cuenta de que lo común en los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos es el potencial de infección, dolor, hinchazón, sangrado, moretones, reacciones alérgicas e incluso la muerte. Yo (nosotros) también nos damos cuenta de que los siguientes riesgos y peligros pueden ocurrir en relación con este procedimiento en particular:

- \_\_\_\_\_ 1. Lesión nerviosa temporal o permanente que resulta en sensaciones alteradas o entumecimiento de los labios, barbilla, lengua, dientes y / o encías.
- \_\_\_\_\_ 2. Daños a los dientes adyacentes y / o restauraciones dentales.
- \_\_\_\_\_ 3. Dolor en los sitios de inyección y / o a lo largo de las venas, así como decoloración de los sitios de inyección, cara y / o mandíbulas.
- \_\_\_\_\_ 4. Apertura del seno que requiere tratamiento adicional.
- \_\_\_\_\_ 5. Fractura de la mandíbula, espasmos musculares y / o apertura limitada de la mandíbula durante varios días o semanas.
- \_\_\_\_\_ 6. Pequeños fragmentos de raíces que permanecen en la mandíbula debido a una mayor posibilidad de complicaciones quirúrgicas.
- \_\_\_\_\_ 7. Articulación de la mandíbula (TMJ) sensibilidad, dolor, dolor o bloqueo, que puede ser temporal o permanente.
- \_\_\_\_\_ 8. Otro \_\_\_\_\_

Entiendo que la sedación consciente por vía intravenosa ("sueño crepuscular") y otras formas de sedación suplementaria implican riesgos y peligros adicionales, pero (nosotros) solicito el uso de sedación consciente por vía intravenosa y / u otras formas de anestesia suplementaria para ayudar a El alivio y protección contra el dolor durante los procedimientos planificados y adicionales. Yo (nosotros) nos damos cuenta de que la sedación consciente y / u otras formas de anestesia suplementaria pueden tener que cambiarse posiblemente sin explicación para mí (nosotros). Yo (nosotros) entendemos que esto no es anestesia general (estar completamente dormido), y que es poco probable, pero puedo tener recuerdos desagradables del procedimiento.

Entendemos (podemos) que ciertas complicaciones pueden resultar del uso de cualquier sedante intravenoso u otra forma de anestesia, incluidos problemas respiratorios, reacciones a medicamentos, parálisis, daño cerebral o incluso la muerte. Otros riesgos y peligros que pueden resultar del uso de la sedación intravenosa u otros sedantes o anestésicos varían desde molestias menores hasta lesiones de las cuerdas vocales, los dientes y / o los ojos.

Se nos ha dado (nos) la oportunidad de hacer preguntas sobre mi (nuestra) condición, las formas alternativas de anestesia y el tratamiento, los riesgos de no tratamiento, los procedimientos a utilizar y los riesgos y riesgos involucrados, y yo (nosotros) Creemos que yo (nosotros) tenemos información suficiente para dar este consentimiento.

Yo (nosotros) certificamos que este formulario me ha sido explicado completamente (nosotros), que (nosotros) lo hemos leído o que nos lo han leído (nosotros), que los espacios en blanco se han completado y que yo (nosotros) ) entender sus contenidos

FECHA \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente u otra persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
/ Nombre del paciente (en letra de imprenta)

TESTIGO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_



**PAUL A. BRANNEN, DMD, LLC**  
**— Dentista General que provee servicios de Cirugía Oral —**

\_\_\_\_\_ (oficina) 971.801.3394 (cell) 503.339.9568 (fax) extrationpractice@gmail.com  
www.OregonWisdomTeeth.com

**INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS PARA EL PACIENTE DE SEDACIÓN**

- Los pacientes pueden dormir pero deben ser vigilados durante al menos seis (6) horas después del tratamiento.
- Acompañe al paciente del vehículo a la casa apoyándolo debajo del brazo. Hacer no deje que el paciente suba o baje las escaleras sin escoltar.
- El paciente no puede conducir durante las 24 horas posteriores a la sedación y debe limitar la actividad física.
- Déle al paciente medicamentos solo como lo indique el Dr. Brannen.
- Deje el formulario de "Instrucciones postoperatorias" y cualquier medicamento fácilmente disponible para el paciente.

**EL MANEJO DEL DOLOR**

Ibuprofeno = Advil, Motrin

—600 mg (3 tabletas de 200 mg) Ibuprofeno tomado cada 6 horas—

NUNCA tome más de 3200 mg (16 x 200 mg comprimidos) Ibuprofeno en 24 horas.

**Y**

Acetaminofeno = Tylenol

—500-1000 mg de acetaminofeno (1-2 tabletas de 500 mg de Tylenol) cada 6 horas—

NUNCA tome más de 4000 mg (8 x 500 mg comprimidos) Acetaminofén en 24 horas.

\*\* Si tiene una receta de Vicodin o Percocet, se sustituirá por Acetaminophen \*\*

Si tiene alguna pregunta sobre este régimen o sobre las instrucciones postoperatorias, llame al:

**Paul Brannen, DMD, LLC**

**971.801.3394**

\*\*\*\*\*

**LANZAMIENTO**

Estoy acompañando (nombre del paciente) \_\_\_\_\_ a casa. Entiendo que el paciente ha sido sedado. He recibido una copia de las instrucciones postoperatorias para el paciente sedado y acepto seguir estas instrucciones. He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener.

Nombre del acompañante (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del acompañante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del testigo (médico / asistente, por favor imprima) \_\_\_\_\_

Firma de testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## PAUL A. BRANNEN, DMD, LLC

— Dentista General que provee servicios de Cirugía Oral —

\_\_\_\_\_ (oficina) 971.801.3394 (cell) 503.339.9568 (fax) extrationpractice@gmail.com

www.OregonWisdomTeeth.com

### **INSTRUCCIONES POSTOPERATIVAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA DENTAL**

#### **COSAS A ESPERAR:**

- Sangrado:** Sangrado o "exudación" durante las primeras 12 a 24 horas.
- Hinchazón:** Esto es normal después de un procedimiento quirúrgico en la boca. Debería alcanzar su máximo en dos o tres días y debería comenzar a disminuir para el quinto día posterior a la operación.
- Incomodidad:** La mayor molestia que puede experimentar puede ocurrir por unas pocas horas después de que la sensación regresa a su boca. Puede volver a aumentar gradualmente durante 2-3 días, luego comenzar a disminuir en los próximos días.

#### **COSAS QUE HACER INMEDIATAMENTE TRAS LA CIRUGÍA:**

- Sangrado:** Coloque la gasa sobre los sitios de extracción y mantenga la presión al morder durante al menos una hora. Repita según sea necesario. Mantén la cabeza elevada y descansa. No chupe o escupe excesivamente. (Además, absténgase de soplar en instrumentos musicales).
- NOTA:** Es normal que se produzca un poco de "supuración" y decoloración de la saliva. Si el sangrado persiste, reemplace la gasa con una gasa doblada y limpia colocada sobre el sitio de extracción y mantenga la presión hasta que el sangrado se detenga.
- Hinchazón:** Coloque hielo o compresas frías en la región de la cirugía durante diez minutos cada media hora durante las primeras ocho a 12 horas.
- NOTA:** Las bolsas de hielo o las compresas frías se deben usar solo el día de la cirugía.
- De fumar:** Evite fumar durante el período de curación.
- Incomodidad:** Tome los medicamentos como se indica para el dolor. El dolor leve a moderado se puede aliviar con Advil, Aleve u Orudis sin receta. Para el dolor más severo, tome los medicamentos recetados para el dolor según las indicaciones. Recuerde que estos medicamentos pueden tardar entre 30 minutos y una hora en tomar efecto. Si está usando alguno de estos medicamentos por primera vez, tenga cuidado con las dosis iniciales (comience con ½ una pastilla).
- Dieta:** Será necesaria una dieta nutritiva líquida o suave durante las primeras semanas después de la cirugía. La curación ocurrirá en incrementos semanales; por lo tanto, es mejor regresar gradualmente (en incrementos semanales) la dieta y / u otras actividades orales / orales a la normalidad.
- Físico** Durante las primeras 24 a 48 horas, uno debe RESTAR. Los pacientes que tienen sedación deben abstenerse
- Actividad:** desde conducir un automóvil o realizar cualquier tarea que requiera estar alerta durante las próximas 24 horas.

#### **LOS DÍAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA:**

1. Cepille los dientes con cuidado.
2. A partir de 24 horas después de la cirugía, enjuague la boca con AGUA SALADA CALIENTE (o enjuague bucal recetado). Continúe enjuagando de tres a cinco veces por día durante siete días, luego comience a irrigar según las instrucciones del dentista (vea el número 7 a continuación).
3. Si se recetan ANTIBIOTICOS, ASEGÚRESE de tomar TODOS los que se han recetado, SEGÚN LO DIRIGIDO.
4. Use CALOR, CALOR HÚMEDO en la cara para la hinchazón, si existe. Continuar hasta que la hinchazón desaparezca. Bastará con una toallita húmeda y caliente o una almohadilla térmica.
5. Si se usaron SUTURES, se disolverán por sí solos.
6. DRY SOCKET es una respuesta de curación retrasada, que puede ocurrir durante el segundo al cuarto día posterior a la operación. Se asocia con un dolor punzante en el costado de la cara, que puede parecer dirigido hacia la oreja. En casos leves, simplemente aumentar la medicación para el dolor puede controlar los síntomas. Si esto no tiene éxito, llame al Dr. Brannen.
7. REGRESE A LA OFICINA DE SU DENTISTA cinco a siete días después de la cirugía para recibir instrucciones de irrigación.

#### **CONTACTE CON EL MÉDICO SI:**

1. El sangrado es excesivo y no se puede controlar.
2. La incomodidad está mal controlada.
3. La hinchazón es excesiva, se propaga o continúa agrandándose después de 60 horas.
4. Se producen reacciones alérgicas a los medicamentos, que causan una erupción generalizada o picazón excesiva.

#### **PÓNGASE EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA ("EMS") O LLAME AL "911" SI:**

El paciente pierde o ha perdido el conocimiento.

**\*\* ASEGÚRESE DE VERIFICAR EL SITIO WEB PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL \*\***

— [www.OregonWisdomTeeth.com](http://www.OregonWisdomTeeth.com) —





**PAUL A. BRANNEN, DMD, LLC**  
**— Dentista General que provee servicios de Cirugía Oral —**

\_\_\_\_\_ (oficina) 971.801.3394 (cell) 503.339.9568 (fax) extrationpractice@gmail.com  
www.OregonWisdomTeeth.com

**RECONOCIMIENTO: RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Paul A. Brannen, DMD, LLC.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\*\*\*\*\*

Soy un padre o tutor legal de \_\_\_\_\_ (nombre del paciente). Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Paul A. Brannen, DMD, LLC, vigente el 3/1/17.

Nombre del padre o tutor legal (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:     Padre                       Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

Autorizo al doctor y su personal a contactarme por \_\_\_ teléfono \_\_\_ correo electrónico \_\_\_ correo (*check all that apply*)

\*\*\*\*\*

Si el paciente o el padre / tutor legal del paciente no firmaron anteriormente, el miembro del personal debe documentar cuándo y cómo se entregó la Notificación a la persona, por qué no se pudo obtener el reconocimiento y qué esfuerzos se utilizaron para obtener la firma.

Aviso de prácticas de privacidad vigente a partir del 3/1/17 a persona en \_\_\_\_\_ (fecha)

En persona     Email     Correo     Otro \_\_\_\_\_

Razón por la que el paciente o el padre / tutor legal del paciente no firmaron este formulario:

- No queria firmar
- No respondió después de más de un intent
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro del personal (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha firmada

